

P-069

肝嚢胞腺癌の一例

北見赤十字病院 外科

^{すなが}須永 ^{どうめい}道明、佐藤 彰紀、長間 将樹、宮坂 大介、
菊地 健司、村上 慶洋、山口 晃司、新聞 浩人、
池田 淳一

【はじめに】肝嚢胞腺癌は原発性肝悪性腫瘍の約0.12%と比較的稀な疾患と考えられる。

我々は肝嚢胞腺癌の一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】66才女性。腹痛および腹部膨満感を主訴に平成17年7月、当院消化器内科受診。

その後腹部症状は改善したが、精査のための単純CTにて肝S3に約40mmの内部に充実性部分を疑うLDAを認めた。

造影CTでは嚢胞内に2個の壁に結節がみられ、造影後は徐々にenhanceされた。

MRIでは、同部位は境界明瞭、T2強調画像で不均一なhigh intensityを示し、充実性部分を伴う嚢胞が考えられた。

肝嚢胞腺癌を疑い、平成17年9月肝左葉切除術を施行。病理組織学的検査にて肝嚢胞腺癌と診断された。

術後経過良好で、5年8ヶ月無再発生存中である。

【結語】肝嚢胞腺癌の一切除例を経験した。

肝嚢胞腺癌は、十分な外科切除がなされた症例は、予後は良いとされている。

P-070

胆嚢周囲膿瘍の形態を示した黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例

姫路赤十字病院 外科

^{みやもと}宮本 ^{まなぶ}学、国府島 健、渡邊 佑介、河合 毅、
戸田 桂介、遠藤 芳克、信久 徹治、渡邊 貴紀、
松本 祐介、渡辺 直樹、甲斐 恭平、佐藤 四三

【はじめに】黄色肉芽腫性胆嚢炎（Xanthogranulomatous cholecystitis）は胆嚢壁内に胆汁色素を含む組織球（xanthoma cell）を主体とした肉芽腫を形成する比較的まれな胆嚢炎の1亜型と考えられている。画像所見上の特徴から胆嚢癌との鑑別がしばしば問題となるが、壁内膿瘍やRASによる嚢胞状変化が認められることもある。今回我々は、壁内膿瘍が伸展し胆嚢周囲膿瘍の形態を示した黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例を経験したので若干の考察を加えて報告する。

【症例】61歳、男性。近医より肝膿瘍の診断にて紹介され、当院での腹部造影CTにて胆嚢周囲膿瘍と診断した。PTGBD施行後、1か月後に待機手術を行い良好に経過。術後、病理組織学検査にて黄色肉芽腫性胆嚢炎と確定した。【考察】黄色肉芽腫性胆嚢炎は比較的まれな疾患であり術前確定診断が困難である。術前からこの疾患を念頭に置き十分な検討を行う必要がある。

P-071

外傷性肝内胆管損傷に対し、肝内胆管空腸吻合にて治療せしめた症例

さいたま赤十字病院 外科¹⁾、さいたま赤十字病院 救急医学科²⁾、さいたま赤十字病院 内科³⁾

^{よねうら}米浦 ^{なおこ}直子¹⁾、中川 宏治¹⁾、中村 純一¹⁾、沖 彰¹⁾、
藤田 昌久¹⁾、登内 昭彦¹⁾、岡田 幸士¹⁾、和田 聡¹⁾、
家田 敬輔¹⁾、横山 元昭¹⁾、清田 和也²⁾、清水 敬樹²⁾、
甲嶋 洋平³⁾、大島 忠³⁾、池澤 伸明³⁾

外傷性肝胆道損傷は、時に複雑な受傷形態をとることがあり、治療に苦慮することもしばしば。今回、我々は、外傷性肝内胆管損傷に対し、肝内胆管空腸吻合にて治療せしめた症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は45歳女性。交通外傷にて当院救急医学科入院、肝損傷による出血に対して右肝動脈の血管塞栓術を施行し、止血された。その後経過中腹腔内膿瘍を認め、ドレナージを施行したところ、胆汁の流出が認められ、胆道損傷が疑われた。ERCP所見では左肝管起始部は断裂し閉塞していた。左肝管は完全に離断されており、ERCPによる胆汁ドレナージは困難であり、経皮的にB3にPTBD tubeを留置し、肝左葉の胆汁をドレナージした。さらに、PTBDルートからの左肝管への内瘻化を試みたが困難であり、外科的治療の方針となった。本症例では左肝管の完全途絶を認め、胆汁瘻に対して左葉切除が必要であると考えられたが、肝損傷に対する右肝動脈塞栓術により肝右葉は萎縮しており、肝機能的に左葉切除が不可能な状態であった。外傷受傷時に肝内側区域はひどく挫滅されており、左肝外胆管に吻合可能領域は見いだせなかったため、肝内胆管空腸吻合の方針となった。PTBDのルートを拡張し強固な瘻孔を形成させ、術中、PTBD tubeをたどり瘻孔周囲の肝を切離しB3肝内胆管が露出した。B3と空腸吻合を吻合し、同時に右横隔膜下デブリードマン・ドレナージ術を施行した。術後経過は良好であり、第53病日退院となり、社会復帰している。

P-072

腹腔内破裂のため緊急肝切除術を施行したKlebsiella Pneumoniae肝膿瘍の1例

姫路赤十字病院 内科¹⁾、姫路赤十字病院 外科²⁾

^{かしはら}柏原 ^{あさこ}麻子¹⁾、森井 和彦¹⁾、三浦 翔¹⁾、奥新 浩晃¹⁾、
上阪 好一¹⁾、渡邊 貴紀²⁾、戸田 桂介²⁾、甲斐 恭平²⁾、
佐藤 四三²⁾

【はじめに】化膿性肝膿瘍の治療では抗生物質投与とカテーテルドレナージが選択されることが多い。今回我々が報告する肝膿瘍の症例では、膿瘍の性状と合併症のためドレナージが適応でなく、経過中に膿瘍の破裂に至ったため緊急肝切除術を施行した。

【症例】高血圧で加療中の69歳主婦。8日前に下痢と腹痛、5日前に高熱が出現した。4日前に咳嗽を認め、近医でCAMの投与を受けた。しかし1日前に白血球16,000/ μ l、血小板1.6万/ μ l、CRP22.2mg/dlと異常を認めた。当科紹介を受け、DICを合併した肝膿瘍と診断し、入院となった。10cm超の膿瘍は肝S8からS7を占め、右肝静脈の血栓性閉塞と右胸水も認めた。膿瘍内部が充実性であったためカテーテルドレナージは断念し、SBT/CPZの全身投与とDICの治療を施行した。第4病日には血小板10.8万/ μ lに回復したが、CRPは28.9mg/dlに悪化し発熱も続いた。その後右季肋部痛が強くなり膿瘍の破裂が疑われたが、この時点でも膿瘍の液状化が見られないため、やはりドレナージは困難と判断。第5病日に緊急肝切除術を施行した。術中に膿瘍の破裂が確認され、病変は肉眼的に肉芽様であった。血液および膿瘍組織の培養でKlebsiella Pneumoniae（KP）が検出された。

【考察】近年東アジア地域や米国から、肝膿瘍の原因菌ではKPが最多と報告されている。KP肝膿瘍の特徴として、径が大きいこと、速回転移巣を形成しやすいこと、糖尿病の合併率が高いことが挙げられる。またKPは菌の浸潤性が強く、膿瘍の破裂や脈管閉塞も起こしやすいとされる。本症例では肝静脈の閉塞のため血液灌流が阻害され、膿瘍内圧が上昇して破裂しやすくなったと考えられた。KP肝膿瘍では特徴的なCT所見も報告されており、あわせて報告する。